Deutscher Bundestag **Drucksache 14/6859**

14. Wahlperiode 03. 09. 2001

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 14/6804 –

Implementierung von Disease-Management-Programmen und ihre Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich

1. Wie viele Mitarbeiter sind zurzeit direkt und indirekt mit dem Risikostrukturausgleich beschäftigt

   – bei den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Landesverbänden und ihren Spitzenverbänden,

   – beim Bundesversicherungsamt als durchführender Behörde und als Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Krankenkassen,

   – bei den Aufsichtsbehörden der Länder,

   – bei den Prüfdiensten,

   – bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,

   – bei den Rentenversicherungsträgern,

   – beim Bundesministerium für Gesundheit,

   – bei den Sozialministerien der Länder,

   – bei den Abrechnungsstellen sowie

   – bei den Verbänden der Leistungserbringer?

2. Welche Kosten verursachen diese Arbeitskräfte, die mit dem heutigen Risikostrukturausgleich beschäftigt sind, und wie hoch sind die darüber hinaus entstehenden Sachkosten, wie z. B. EDV-Anlagen, Mieten usw.?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder, das Bundesversicherungsamt, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer um Auskunft zur Beantwortung der Fragen 1 und 2 gebeten. Die Antworten sind in den nachfolgenden Übersichten zusammengefasst.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 31. August 2001 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Krankenkassen und Krankenkassenverbände				
	Zahl der Mitarbeiter		**Kosten**	
	Bundesverband	Landesverbände, Mitgliedskassen	Personalkosten	Sachkosten
AOK	2 Mitarbeiter sowie 0,5 Mitarbeiter für Softwareentwicklung.	1-2 je Landesverband bzw. Mitgliedskasse.	330.000 DM jährlich einschließlich Sachkosten für 2 Mitarbeiter beim AOK-BV einschließlich sächlicher Arbeitsplatzkosten und PC-Kosten; keine näheren Angaben zu den Kosten für die übrigen Mitarbeiter.	
BKK	4 Mitarbeiter	380 Mitarbeiter	36 Mio. DM	4-5 Mio. DM; Aufwendungen im Rahmen der Datenverarbeitung können nicht beziffert werden.
IKK	5 Mitarbeiter	32 Mitarbeiter	3,454 Mio. DM	Sachkosten sind nicht ermittelbar.
Bundesknappschaft	3 Mitarbeiter	Entfällt	400.000 DM	100.000 DM
See-Krankenkasse	1 Mitarbeiter	Entfällt	100.000 DM einschließlich Sachkosten.	
VdAK/AEV	43 Mitarbeiter		7 Mio. DM	1,8 Mio. DM

	Zahl der Mitarbeiter	**Personalkosten**	**Sachkosten**
Bundesministerium für Gesundheit	3 Mitarbeiter je zur Hälfte.	Nach den Personalkostensätzen des BMF entstehen insgesamt durchschnittliche Personalkosten in Höhe von 207.248 DM.	Nach der Sachkostenpauschale des BMF entstehen insgesamt Sachkosten in Höhe von 28.827 DM einschließlich des Zuschlags für Bildschirmarbeitsplätze.
Bundesversicherungsamt	9 Mitarbeiter für die Durchführung des RSA, ca. 2 Mitarbeiter beim Prüfdienst.	1,4 Mio. DM für die Durchführung des RSA und 221.400 DM beim Prüfdienst.	192.000 DM für die Durchführung des RSA und 35.600 DM beim Prüfdienst.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	19 Mitarbeiter im Rahmen ihrer sonstigen Aufgaben, wobei die prozentuale Auslastung stark variiert.	Ca. 1,2 Mio. DM	Sonstige Kosten (Datenleitungen, Vordrucke o.ä.) 15.000 DM jährlich; Investitionsaufwand 1999 bis 2001 290.000 DM, der auf mehrere Jahre zu verteilen ist.
Rentenversicherungsträger	Keine	Keine	Keine

Ministerien, Aufsichtsbehörden und Prüfdienste der Länder			
	Zahl der Mitarbeiter	**Personalkosten**	**Sachkosten**
Baden-Württemberg	Für die Prüfungen zum RSA werden 144 Prüftage im Jahr aufgewandt, im übrigen ist der Personalaufwand nicht bezifferbar.	125.000 DM für den Prüfdienst, im übrigen sind die Personalkosten nicht bezifferbar.	Nicht bezifferbar
Bayern	Je nach Aufgabenstellung 7 Mitarbeiter bei der Aufsichtsbehörde und 1 bis 3 Mitarbeiter beim Prüfdienst.	Auf ein Jahr gerechnet entstehen bei der Aufsichtsbehörde und beim Prüfdienst Personalkosten je einer Stelle der Besoldungsgruppe A 13 und A 14.	Keine Angabe
Berlin	Keine Quantifizierung möglich.	Grundsätzlich keine Mehrkosten.	Grundsätzlich keine Mehrkosten.
Brandenburg	Keine Quantifizierung möglich.	Grundsätzlich keine Mehrkosten.	Grundsätzlich keine Mehrkosten.
Bremen	Keine Quantifizierung möglich.	Keine Quantifizierung möglich.	Keine Quantifizierung möglich.
Hamburg	Durchschnittlich 28 Manntage jährlich im Prüfdienst.	Ca. 21.340 DM	Keine Quantifizierung möglich.
Hessen	2,5 Mitarbeiter im Ministerium und 6 Mitar-	Keine zusätzlichen Kosten, da keine Personal-	Keine Quantifizierung möglich.

	beiter im Prüfdienst mit nicht quantifizierbaren Arbeitszeitanteilen.	aufstockung im Zusammenhang mit dem RSA erfolgt ist.	
Mecklenburg-Vorpommern	Je 3 Mitarbeiter im Ministerium und im Prüfdienst mit nicht quantifizierbaren Arbeitszeitanteilen.	Keine Quantifizierung möglich.	Keine Quantifizierung möglich.
Niedersachsen	Keine Quantifizierung möglich.	Grundsätzlich keine Mehrkosten da keine Personalaufstockung im Zusammenhang mit dem RSA erfolgt ist.	Grundsätzlich keine Mehrkosten.
Nordrhein-Westfalen	In den Jahren 1997 bis 1999 2 Personenjahre für den Prüfdienst; im übrigen keine Quantifizierung möglich.	Grundsätzlich keine Mehrkosten, da die Prüfungen mit dem vorhandenen Personal durchgeführt wurden.	Keine Quantifizierung möglich.
Rheinland-Pfalz	Ca. 1/3 eines nach A 13 besoldeten Mitarbeiters.	Ca. 53.725 DM jährlich.	Keine Quantifizierung möglich.
Saarland	2 Mitarbeiter bei Ministerium und Aufsichtsbehörde mit je 10 % ihrer Arbeitszeit, 3 Mitarbeiter im Prüfdienst mit Arbeitszeitanteilen zwischen 2 % und 10 %.	Ca. 46.000 DM jährlich	Keine Quantifizierung möglich.
Sachsen	1 Mitarbeiter bei Ministerium und Aufsichtsbehörde mit 5 % seiner Arbeitszeit, 1 Mitarbeiter im Prüfdienst mit 50 % seiner Arbeitszeit.	Ca. 80.000 DM jährlich.	Keine Quantifizierung möglich.
Sachsen-Anhalt	Die für den RSA eingesetzte Personalkapazität dürfte im Ministerium, in der Aufsichtsbehörde und im Prüfdienst ein Mannjahr nicht übersteigen.	Keine Quantifizierung möglich.	Keine zusätzlichen Kosten für Sachmittel, da diese überwiegend für die weiteren Aufgaben der Mitarbeiter zum Einsatz kommen.
Schleswig-Holstein	2 Mitarbeiter mit 1 %	Ca. 15.380 DM	Ca. 3.000 DM

	bzw. 10 % ihrer Arbeitszeit.		
Thüringen	Im Ministerium und im Prüfdienst insgesamt 6 Mitarbeiter mit nicht quantifizierbaren Arbeitszeitanteilen.	Keine Quantifizierung möglich.	Keine Quantifizierung möglich.

Verbände der Leistungserbringer		
	Zahl der Mitarbeiter	**Kosten**
Kassenärztliche Bundesvereinigung	2 Mitarbeiter	Keine zusätzlichen Kosten, da die Betroffenen ohnehin bei der KBV beschäftigt sind.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	2880 Mannstunden jährlich	Keine Schätzung der Personal- und Sachkosten möglich.
Deutsche Krankenhausgesellschaft	Keine	Keine
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)	Keine	Keine Sachkosten bei den Apothekenverbänden; durch die Erfassung und Übermittlung des Kennzeichens nach § 267 Abs. 5 SGB V entstehen in den Apotheken jedoch nicht bezifferbare Datenverarbeitungskosten.
Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände	Keine	Keine

3. Was versteht die Bundesregierung konkret unter Disease-Management-Programmen auch im Hinblick auf Qualitätskriterien, und wodurch unterscheiden sich diese von den bereits vorhandenen Verträgen zur Versorgung chronisch Kranker, z. B. Diabetiker?

Mit dem Begriff „strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme)“ bezeichnet die Bundesregierung eine medizinische Versorgungsform, mit der u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen verringert werden können. Basis dieser Versorgungsform sind verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg. Diese Prozesse sollen aufgrund der medizinischen Evidenz festgelegt werden. Die wesentlichen Qualitätskriterien von Disease-Management-Programmen sind in dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung in § 137f Abs. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V – neu festgelegt.

Für die Umsetzung der Programme kommen alle im SGB V vorgesehenen Vertragsformen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in Betracht. Entscheidend ist, dass die Programme und die Verträge zur Umsetzung der Programme den rechtlich vorgegebenen Qualitätsanforderungen entsprechen. Soweit bereits bestehende Programme diesen Anforderungen nachweislich genügen, können auch sie vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden.

4. Welche Disease-Management-Programme für welche Erkrankungen gibt es zurzeit, und welche dieser Programme erfüllen die von der Bundesregierung für ausreichend erachteten Qualitätskriterien?

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen wurde den bestehenden Programmen keine einheitliche Definition von Disease-Management zugrunde gelegt. Unter diesem Begriff wird daher derzeit eine Vielzahl von Maßnahmen verstanden, die für unterschiedliche Krankheiten entwickelt worden sind. Dabei sind die Qualitätskriterien, die diesen Maßnahmen zugrunde liegen, nicht einheitlich. Es ist nicht die Aufgabe der Bundesregierung, die von den Selbstverwaltungspartnern entwickelten Programme hinsichtlich der Qualität ihrer Anforderungen zu bewerten.

5. Mit welchen Einsparungen rechnet die Bundesregierung im ersten, zweiten und dritten Jahr nach Einführung der Disease-Management-Programme?

Die finanzielle Förderung der Durchführung von Disease-Management-Programmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs verfolgt in erster Linie das Ziel, die gesundheitliche Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Hierdurch soll zugleich verhindert werden, dass chronisch kranke Versicherte für die Krankenkassen ungünstige Risiken darstellen und damit Nachteile im Kassenwettbewerb bedeuten. Demgegenüber ist es nicht das primäre Ziel der Regelungen, kurzfristige Einsparungen zu erzielen. Soweit die Programme dazu beitragen, langfristig bei chronischen Erkrankungen kostspielige gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden, sind die damit verbundenen Einsparungen zurzeit nicht bezifferbar.

6. Mit welchen Kosten rechnet die Bundesregierung durch die Einführung der Disease-Management-Programme und die Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich?

Es ist nicht auszuschließen, dass die verstärkte Einführung von Disease-Management-Programmen bei den Krankenkassen zunächst zu Mehrausgaben führt. Diese werden im Wesentlichen durch die Aufwendungen für die Entwicklung und Evaluation der Programme entstehen. Eine Bezifferung dieser möglichen Mehrkosten ist gegenwärtig nicht möglich. Diesen Mehrkosten können jedoch nach Abschluss der Einführungsphase der Programme Minderausgaben infolge der verbesserten Versorgung der eingeschriebenen chronisch Kranken gegenüberstehen.

7. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung des Bundesversicherungsamtes, dass ca. 70 bis 90 neue Stellen allein beim Bundesversicherungsamt und bei den für die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständigen Aufsichtbehörden notwendig sind, um die Programme zu zertifizieren sowie die korrekte Umsetzung im Rahmen des Risikostrukturausgleiches zu überprüfen?

Für die Zulassung der Disease-Management-Programme wird das Bundesversicherungsamt in den Jahren 2002 bis 2003 insgesamt 17 neue Stellen einrichten.

Für die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen erhält das Bundesversicherungsamt vom 1. Januar 2002 an 30 zusätzliche Stellen. Diese dienen dazu, die aufgrund der Reform des Risikostrukturausgleichs entstehenden zusätzlichen Prüfaufgaben im Bereich des Risikopools und der Verbesserung der Versorgung eingeschriebener chronisch Kranker zu erfüllen. Wie viele zusätzliche Stellen von den Prüfdiensten der Länder für die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen für erforderlich gehalten werden, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Die Zahl der erforderlichen Stellen wird letztlich auch vom Verhalten der Krankenkassen abhängen, da der Prüfaufwand umso geringer ist, je sorgfältiger die Krankenkassen das geltende Recht beachten.

8. Von welchem Bedarf an zusätzlichen Stellen bei den gesetzlichen Krankenkassen geht die Bundesregierung aus?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Durchführung der Disease-Management-Programme und ihre Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich nicht zwangläufig zu einer Stellenvermehrung bei den Krankenkassen führen muss. Angesichts der fortgeschrittenen EDV-Ausstattung der Krankenkassen dürfte die Vergrößerung der Zahl der Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich aufgrund der gesonderten Erfassung eingeschriebener chronisch kranker Versicherter keinen Personalmehrbedarf auslösen. Soweit die Krankenkassen zusätzliche Stellen für erforderlich halten, um den Betreuungsbedarf der eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten zu befriedigen, werden sie zur Vermeidung von Nachteilen im Wettbewerb die Zahl der Stellen und die hierfür entstehenden Kosten möglichst gering halten.

9. Wie steht die Bundesregierung zu der Auffassung, dass die Disease-Management-Pogramme darauf angewiesen sind, von den behandelnden Ärzten und den eingeschriebenen Patienten mit Leben erfüllt zu werden?

Die gesetzlichen Regelungen legen nur die grundlegenden Rahmenvorgaben fest, innerhalb derer Disease-Management-Programme von einer Krankenkasse oder einem Verband der Krankenkassen durchgeführt werden können. Es versteht sich von selbst, dass die erfolgreiche Durchführung der Programme die aktive Mitarbeit der beteiligten, durch Verträge einzubindenden Ärztinnen und Ärzte und der Mitwirkung der sich freiwillig einschreibenden Patienten bedarf. Es ist unbestritten, dass Disease-Management-Programme nur dann erfolgreich sein können, wenn die Akzeptanz von Seiten der Leistungserbringer und der Patienten sichergestellt ist.

10. Warum lässt die Bundesregierung die Disease-Management-Programme allein durch die Kostenträger entwickeln und verzichtet darauf, die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich, also diejenigen, die die Patienten behandeln, einzubeziehen?

Es trifft nicht zu, dass die Anforderungen an die Disease-Management-Programme allein durch die Spitzenverbände der Krankenkassen ohne Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte entwickelt werden. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen zum einen ein Vorschlagsrecht für die Anforderungen an die Programme. Zum ändern haben sie allen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, insbesondere der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und sich zwingend mit deren Argumenten

auseinander zu setzen. Die verbindliche Entscheidung trifft ausschließlich der Verordnungsgeber nach Anhörung der betroffenen Verbände.

11. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung, dass hierdurch die Gefahr einer Überbetonung der Kostenseite zu Lasten der Versorgungsqualität entsteht, deren Ursache in der Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich zu suchen ist?

Durch die finanzielle Förderung von Disease-Management-Programmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs soll erreicht werden, dass erstmals chronisch Kranke qualitativ besser und wirtschaftlicher versorgt werden. Wenn im Rahmen der Durchführung von Disease-Management-Programmen der durch die gesetzlichen Kriterien für die Anforderungen an die Programme vorgegebene hohe Qualitätsstandard eingehalten wird, bestehen keine Bedenken dagegen, dass die Durchführung der Programme für die betroffenen Krankenkassen finanziell vorteilhaft ist. Die Sicherstellung dieser Qualitätsstandards ist Aufgabe des Bundesversicherungsamts im Rahmen der Zulassung der Programme sowie der Prüfdienste des Bundes und der Länder. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass ein gleichgerichtetes Interesse aller Krankenkassen an einer niedrigen Versorgungsqualität der Disease-Management-Programme nicht besteht. Insbesondere die Krankenkassen mit nur wenigen chronisch Kranken werden bestrebt sein, dass möglichst hohe Anforderungen an die Disease-Management-Programme festgelegt werden, um ihre finanzielle Belastung zu begrenzen.

12. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung, dass durch die Nichteinbindung derjenigen, die im konkreten Behandlungsgeschehen einem Patienten helfen müssen, Abstimmungsprobleme entstehen, die durch eine frühere Einbindung vermieden werden könnten?

Die Umsetzung der Disease-Management-Programme erfolgt durch Verträge mit den Leistungserbringern, insbesondere mit den Ärztinnen und Ärzten. Infolgedessen müssen die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits bei der Erarbeitung der Vorschläge für die Anforderungen an die Programme berücksichtigen, dass diese konsens- und vertragsfähig mit der Ärzteschaft sind. Dies wird dazu führen, dass die Beteiligungsrechte insbesondere der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Gestaltung der Anforderungen an die Programme sehr ernst genommen werden, um Abstimmungsprobleme bereits im Vorfeld zu vermeiden.

13. Wie will die Bundesregierung verhindern, dass die wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Krankenkassen einen medizinischen Nutzen überlagern?

Es wird auf die Ausführungen zu Frage 11 verwiesen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333